



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**

**EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA AUDITORIA DE
HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL AÑO 2016-2017**

22 de Enero de 2018



**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN**

AUTORIDADES DEL MINSA

DR. MIGUEL MAYO

Ministro de Salud

DR. ERIC J. ULLOA

Vice Ministro de Salud

DRA. NITZIA IGLESIAS

Directora de Provisión de Servicios de Salud

DRA. MARÍA VICTORIA DE CRESPO

Jefa del Departamento

Monitoreo y Evaluación de Provisión de Servicios

TRABAJO CONSOLIDADO POR:

Dr. Jairo Osorio

Técnico de Monitoreo y Evaluación

Coordinador Nacional de Auditorías de Expedientes Clínicos

Dra. Leslie Gómez

Técnica de la Región de Salud de Panamá Oeste.

Coordinadora Regional de Auditorías de Expedientes Clínicos



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

COLABORADORES POR REGIÓN

Región de Salud de Bocas del Toro:	Dra. Suni Zhong, Dr. Aníbal Ortíz.
Región de Salud de Coclé:	Lic. Diana Burgos, Dr. Maurice Coronado.
Región de Salud de Colón:	Lic. Heydi Cañate.
Región de Salud de Chiriquí:	Dr. Manuel Díaz, Lic. Carlos Villarreal.
Región de Salud de Darién:	Lic. Ovidio González.
Región de Salud de Herrera:	Dr. Ovidio González.
Región de Salud de Kuna Yala:	Dr. Jorge Gómez, Dr. Gustavo Rodríguez.
Región de Salud de Los Santos:	Dr. Ayvar Hernández, Lic. Abdiel López.
Región de Salud de Panamá Este:	Dr. Santos Magallón, Dra. Solaneich Thompson.
Región de Panamá Oeste:	Dra. Leslie Gómez.
Región Metropolitana de Salud:	Dra. Mary Fantozzi.
Región de Salud de Ngöbe Buglé:	Dr. Abdi Rivera, Lic. Aracelli Diez.
Región de Salud de San Miguelito:	Dr. Rodolfo Ríos, Dr. Carlos Vásquez.
Región de Salud de Veraguas:	Dra. Sharmín González.
Región de Panamá Norte:	Dra. Mara González, Sara Castañedas

COLABORADORES POR HOSPITAL

Hospital Anita Moreno:	Dr. Ariosto Hernández.
Hospital Aquilino Tejeira:	Dra. Berlinda Morán.
Hospital Cecilio A, Castellero:	Lic. Xenia Chong.
Hospital del Niño:	Dr. Luis Coronado.
Hospital José Domingo De Obaldía:	Dr. Alfredo Barahona.
Hospital Joaquín P. Franco S.:	Dra. Tania Alvarado.
Hospital Luis Chicho Fábrega:	Lic. Elkis Soto.
Hospital Nicolás A. Solano:	Dr. Adis Velarde.
Hospital Santo Tomás:	Dra. Gilma Espinoza.

CONTENIDO

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	OBJETIVOS	6
III.	MARCO CONCEPTUAL	6
A)	CONCEPTOS BÁSICOS	6
1.	CALIDAD	6
2.	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN	7
B)	CONCEPTOS OPERATIVOS	7
1.	AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	7
2.	EXPEDIENTE CLÍNICO	8
3.	EXPEDIENTE ELECTRÓNICO	9
4.	HISTORIA CLÍNICA	9
IV.	ASPECTOS METODOLÓGICOS	11
1.	TIEMPO DE EJECUCIÓN Y DURACIÓN DEL ESTUDIO	12
2.	DESCRIPCIÓN DE LA RED Y COBERTURA DEL ESTUDIO	12
3.	CUADRO DE INSTALACIONES QUE REALIZAN LA AUDITORIA	13
4.	MUESTREO	14
5.	TÉCNICA DE EXTRACCIÓN DE LA MUESTRA	14
6.	FORMULARIOS DE RECOLECCIÓN	14
7.	MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	15
8.	LIMITACIONES DEL PROCESO	15
9.	RECOPIACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LOS DATOS	16
V.	RESULTADOS Y GRÁFICAS	17
VI.	CUADROS COMPARATIVOS ANUALES POR REGIONES DE SALUD	24
VII.	CONCLUSIONES	32
VIII.	RECOMENDACIONES	34
IX.	ANEXOS: PROCESOS Y CRITERIOS POR GRUPO DE ESTUDIO EN LA AUDITORÍA DE EXPEDIENTES REALIZADA EN LAS REGIONES	35
1.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL NEONATO	36
2.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE MENORES DE 1 AÑO	36
3.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS MENORES DE 1 A 5 AÑOS	38
4.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS EMBARAZADA	41
5.	CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO	43
6.	PROCESOS Y CRITERIOS PARA LA AUDITORIA DE EXPEDIENTES DE HOSPITALES	44

I. INTRODUCCIÓN

Los avances en la especialización del recurso en salud, y sobre todo en la tecnología aplicada en la medicina, hace necesario utilizar herramientas de medición de estos recursos a través de estándares y su aplicación en los diferentes niveles de atención con el propósito de elevar de forma continua la calidad de la atención.

La Dirección de Provisión de Servicios de Salud, del Ministerio de Salud, a través del Departamento de Monitoreo y Evaluación, realiza Auditoría de la Provisión de Servicios de Salud como un instrumento de **Evaluación** y **Medición** del Mejoramiento Continuo de la Calidad de Atención en cumplimiento de lo dispuesto en las Políticas 2016-2025 del Ministerio de Salud, en el Eje 2, Política 3 donde se establece *Mejorar la Calidad y el Acceso de Servicios de Salud*.

Por más de cinco años consecutivos, se ha desarrollado el proceso de Auditoría de Expediente en Centros de Salud y Hospitales del Ministerio de Salud, los resultados obtenidos han sido base para la aplicación y desarrollo de estrategias en Planes de Acción con el propósito de mejores resultados en la atención.

El proceso de Auditoría se inicia con su organización y planificación, estableciendo el cronograma de las actividades a realizar, la logística con la gestión de papelería necesaria, la impresión de los formularios y su distribución a las Regiones y Hospitales. Le sigue una fase de ejecución o desarrollo del proceso, que es realizada por las Regiones y Hospitales con la aplicación de los formularios, según el cronograma establecido. En una última fase, se realiza la captación de los datos obtenidos en la fase de ejecución, la consolidación Regional y de Hospital, el informe final de resultados y su presentación a las autoridades del Ministerio de Salud.

Como consecuencia de la necesidad de tener rápidamente información para la toma de decisiones, ya sea para un paciente o para el manejo de datos epidemiológicos y de la organización administrativa de la misma institución, además del aumento de la eficiencia y del fortalecimiento del registro de la información, el Ministerio de Salud ha establecido el Expediente Electrónico en nuestras instalaciones. Esto genera la necesidad de evolución en la aplicación del proceso de Auditoría de Expedientes Clínicos de forma electrónica, la cual será implementada a partir del 2018.

En este documento se presenta el Informe Final de los Resultados Nacionales Regionales del Año 2016 y de Hospitales año 2017.

II. OBJETIVOS

a. Objetivo General

- Evaluar la calidad de atención a través del cumplimiento de las normas y protocolos de atención en las instalaciones del Ministerio de Salud.

b. Objetivos Específicos

- Verificar la utilización adecuada de los formatos normados, según programa de atención.
- Analizar y divulgar los resultados de la Auditoria de Expedientes.
- Establecer estrategias para el mejoramiento continuo de la calidad de atención a través de Planes de Acción.

III. MARCO CONCEPTUAL

a) Conceptos Básicos

1. Calidad

A pesar de que el concepto "calidad" nace en el sector industrial, en el año 1980, Avedis Donabedian, pionero en el área de calidad en salud, propuso una definición de calidad: *"Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes"*.

Para el año 1991, la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: *"Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite"*. Este es un concepto de excelencia científico-técnica, dinámica y cambiante de acuerdo con las necesidades y expectativas de las personas que reciben los servicios de salud.

La calidad conlleva:

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos

- El mínimo riesgo para el paciente
- Impacto final en la salud

2. Mejoramiento de la Calidad de Atención

El proceso de mejora continua es un concepto que se desarrolla a partir de “Calidad Total”, en el siglo XX que pretendía mejorar los productos, servicios y procesos. Para ello, en salud se deben identificar los servicios con cada uno de los procesos y aplicar herramientas de control que generen acciones correctivas y preventivas siendo la forma más efectiva de mejora de la calidad y la eficiencia de las instalaciones de salud.

La mejora de la calidad debe incluir principios básicos

- Si no se puede medir, no se podrá mejorar
- Hay que inculcar una mentalidad para la mejora.
- Asumir que la mejora no tiene límites, siempre se pueden hacer mejoras
- Trabajo en equipo

El mejoramiento continuo de la calidad utiliza para su desarrollo el ciclo **PDCA**, que se desarrolla de la manera siguiente:

- Plan (planificar): Organización del trabajo
- Do (hacer): Correcta realización de las tareas planificadas
- Check (Comprobar): Comprobación de los logros obtenidos
- Adjust (ajustar): Posibilidad de aprovechar y extender aprendizajes y experiencia adquirida en otros casos.

b) Conceptos Operativos

1. Auditoría de los Servicios de Salud

Se refiere al estudio tipo analítico retrospectivo cuyos hallazgos de la historia clínica se comparan con las normas de atención y con estándares establecidos y determinar cómo se llevan a cabo los procesos de atención. Es realizada por un equipo de salud multidisciplinario, que puede ser interno y/o externo.

La auditoría está basada en el estudio de los procesos y estos a su vez en los criterios que los conforman con un estándar del cumplimiento y un índice por el puntaje obtenido.

- **Procesos:** Conjunto de actividades sucesivas en la atención de salud desarrolladas en un período, cuya ocurrencia de un suceso depende únicamente de la ocurrencia de la actividad anterior, de forma que cualquier modificación en los mismos debe considerarse como la transición de un nivel de calidad a otro.
- **Criterios:** Aspecto concreto y relevante que representa si el servicio cumple su cometido satisfaciendo las necesidades y/o expectativas de los usuarios. Pueden ser explícitos e implícitos. Deben ser realistas, aceptables, válidos, medibles y fiables.
- **Estándar:** Es el nivel óptimo de cumplimiento del criterio de calidad evaluado. Se deben fijar antes de comenzar la evaluación y se expresa en porcentaje de forma que con posterioridad se compare el grado real de cumplimiento del criterio con la situación óptima predefinida.
- **Índice:** Expresión matemática que se obtiene al combinar resultados o puntajes sobre una escala específica y ponderarlos. Permite un análisis producto de la combinación de criterios.

2. Expediente Clínico

Es el conjunto de documentos básicos escritos de manera específica, exacta y ordenada que representan una evidencia del protocolo de un enfermo, de su historial médico, así como de los tratamientos impartidos y los resultados obtenidos.

La Ley 68 del 20 de noviembre del 2003 de la República de Panamá, establece en el Capítulo VII que el Expediente Clínico “Recoge el conjunto de documentos relativos al proceso asistencial de cada enfermo, identificando a los médicos y demás profesionales asistenciales que han intervenido en él.” Asimismo, establece que puede ser en papel, audiovisual e informático y que se debe garantizar el registro de todos los cambios, así como los médicos y profesionales, claramente identificados, que han realizado dichos cambios.

El Expediente Clínico es un instrumento fundamentalmente para ayudar a garantizar una asistencia adecuada al paciente, que debe contar con:

- Datos de identificación y de la asistencia
- Datos clínicos – asistenciales
- Datos sociales

El Expediente Clínico debe ser conservado, como mínimo, hasta 20 años a partir de la muerte del paciente, sin embargo, pueden ser eliminados después de 2 años a partir de la última consulta todos aquellos documentos que no sean relevantes para la atención.

3. Expediente Electrónico

El Expediente Electrónico es una herramienta que facilita el fortalecimiento del intercambio de información, que pretende elevar la eficiencia, eficacia, productividad, efectividad y mejora de la calidad en la red institucional.

Se define como el conjunto de procesos que se integra dentro de un Sistema de Información de Salud, que permite la interconexión con las diferentes áreas entre el primer, segundo y tercer nivel de atención.

El SEIS (Sistema Electrónico de Información de Salud) se define como el conjunto de procesos que se integran dentro de un sistema informático de salud permitiendo al galeno y profesional de la salud conocer el historial clínico de cada paciente en los centros de atención médica que cuentan con este sistema.

4. Historia Clínica

Es un documento **privado, obligatorio y sometido a reserva**, en la cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

La finalidad de la Historia Clínica, siendo la fuente de información primaria disponible para conocer la condición del paciente, es:

- La docencia e investigación
- Evaluación de la calidad en la atención
- Administrativa
- Médico Legal

La Historia Clínica debe reunir ciertas características entre ellas:

- Contener la totalidad de información relevante del paciente, con la totalidad de anotaciones del personal médico y del equipo de salud que intervienen en su atención.

- Los registros deben ser claramente legibles, evitándose en lo posible el uso de símbolos y abreviaturas.
- Los profesionales, que intervienen directamente en la atención de un usuario, tienen la **obligación** de registrar sus observaciones, conceptos, decisiones y resultados de las acciones en salud desarrolladas, conforme a las características señaladas en la ley.
- **Integralidad:** debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad abordándolo, como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.
- **Secuencialidad:** los registros de la prestación de los servicios de salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención.
- **Racionalidad Científica:** se deben aplicar criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.
- **Disponibilidad:** se debe tener la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento que se necesita, con las limitaciones que impone la ley.
- **Oportunidad:** los registros de atención de la historia clínica, deben ser simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación de servicio.

IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Ciclo de la Auditoría de Expedientes Clínicos



Las actividades a realizar dentro del Ciclo de la Auditoría de Expediente comprenden:

1. Tiempo de ejecución y duración del estudio

El proceso de ejecución en la mayoría de las instalaciones se inició en el mes de mayo y terminó en agosto de 2017. Seguidamente se procedió al período de captura de los datos obtenidos que se extiende hasta el mes de noviembre de 2016 y por último se presentan los resultados obtenidos por cada Región y Hospital con sus respectivos análisis y Plan de Acción. En total el Ciclo de la Auditoría de Expedientes en el año 2017 fue de 7 meses.

2. Descripción de la red y cobertura del estudio

La auditoría de expedientes se realizó en las 15 regiones de salud, en 2 hospitales de III nivel y en 7 hospitales regionales de II nivel de atención. En las instalaciones que cuentan con el expediente electrónico no se realiza la auditoría ya que el expediente en físico no se utiliza.

Ministerio de Salud
 Dirección de Provisión de Servicios de Salud
 Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Provisión de Servicios de Salud

Cuadro de Instalaciones que realizan la Auditoria

Región de Salud/Hospital	Instalaciones Auditadas/ Total de Instalaciones	% de Instalaciones Auditadas
Bocas del Toro*	9/11	81.0
Coclé	18/18	100.0
Colón	2/11	18.0
Chiriquí	11/19	57
Darién	9/9	100.0
Guna Yala	8/16	50.0
Herrera*	7/16	43.7
Los Santos*	7/14	50
Ngäbe Buglé	9/11	81
Panamá Este	8/10	80.0
Panamá Metro	7/18	38.0
Panamá Norte*	2/3	67.0
Panamá Oeste*	5/11	45.5
San Miguelito*	2/6	33.0
Veraguas*	9/18	50.0
Hospital Santo Tomás	1	100.0
Hospital del Niño	1	100.0
Hospital Nicolás A. Solano	1	100.0
Hospital Aquilino Tejeira	1	100.0
Hospital Cecilio Castellero	1	100.0
Hospital Joaquín P. Franco	1	100.0
Hospital Anita Moreno	1	100.0
Hospital Luis Ch. Fábrega	1	100.0
Hospital José D. De Obaldía	1	100.0

*El resto de las instalaciones cuentan con SEIS.

3. Muestreo

El mismo se basa en el universo proporcionado por las regiones, según cada instalación de salud y por grupo etario de la población de estudio. El cálculo del Tamaño de la Muestra es realizado en el nivel nacional en base al universo proporcionado, para un Nivel de Confianza de 95%, Error de 5% y una Proporción de 50%.

El total de expedientes por revisar en la red primaria era de **59,119** en las instalaciones programadas y en los 9 hospitales fue de **6,897** para un gran total a auditar de **66,016** expedientes a nivel nacional. Resultando auditados en la red primaria **32,026** y por parte de los hospitales **5,504** para un gran total de **38,008** lo que representa un **57.0%** de cumplimiento de la muestra programada, con un déficit de **43.0%**(que representan **28,008** expedientes no revisados).

En el caso de los hospitales se les hizo un reajuste a las muestras de algunos hospitales, quedando prácticamente en el 50.0 % de la muestra calculada, a causa de la escasez de auditores capacitados, disponibilidad de tiempo para auditar y facilidades de logística para realizar el auditado; los mismos son los resaltados en amarillo y lo subrayado representa lo realmente auditado.

4. Técnica de Extracción de la Muestra

El tamaño de la muestra y la técnica de extracción de la muestra están relacionada con la validez del estudio. La técnica de extracción de muestra utilizada, según grupo de estudio es:

- Muestreo Sistemático en los grupos de 0 a 1, de 1 a 5 años y de las embarazadas.

5. Formularios de Recolección

La recolección de la información se realizó a través de formularios de recolección individual. En estos, cada criterio explícito normativo se expresa en forma de pregunta cuya redacción solo admite respuestas sí o no. Contiene varios tipos de preguntas:

- Preguntas de Datos Generales del Expediente.
- Preguntas de Inclusión al Estudio.
- Preguntas de Realización de Actividades.
- De Respuesta obligatoria.
- De Respuesta condicional.

6. Método de Recolección de los datos

En cada instalación de salud auditada se conformaron equipos de auditorio con personal propio de la instalación o del nivel regional, en promedio equipos de 10 funcionarios. El nivel nacional no participó en la fase de campo de recolección de la información.

El método de recolección de datos fue la aplicación de un formulario por expediente clínico, según el grupo poblacional, que cumplía con los criterios de selección o inclusión.

La captura de los datos de cada formulario se realizó a través de la web en la página del Ministerio de Salud donde se cuenta con una plataforma para la realización de esta parte del proceso de auditorio.

7. Limitaciones del proceso

Problemas:

- No se cuenta con el apoyo logístico de manera efectiva y oportuna (transporte, combustible, viáticos).
- Falta de acceso a internet en las instalaciones para la captación de los datos, generando la necesidad de captar los datos a nivel regional, en ocasiones en una sola computadora lo que limita la captura y en otras el tener que capturar fuera de horario y en internet-café o en las casas del personal.
- Falta de personal capacitado para la realización del auditorio en algunas regiones.
- Falta de personal capacitado para la captación de datos.
- Software de captura de datos en la web del MINSA con múltiples deficiencias que en ocasiones no se pueden resolver para generar la información completa.

Necesidades:

- Disponibilidad de equipo de computación y de internet en las instalaciones que participan del proceso de auditoría y en la coordinación regional de las auditorías.
- Que se disponga de personal profesional en informática a nivel regional como apoyo logístico.
- Respaldo irrestricto del director regional y los directores locales al proceso de auditoría (apoyo logístico con transporte, combustible, viáticos, papelería y demás, asignación de personal a tiempo completo para la realización del proceso).
- Creación de un nuevo software que brinde la información de manera completa para poder realizar los respectivos análisis de manera oportuna.

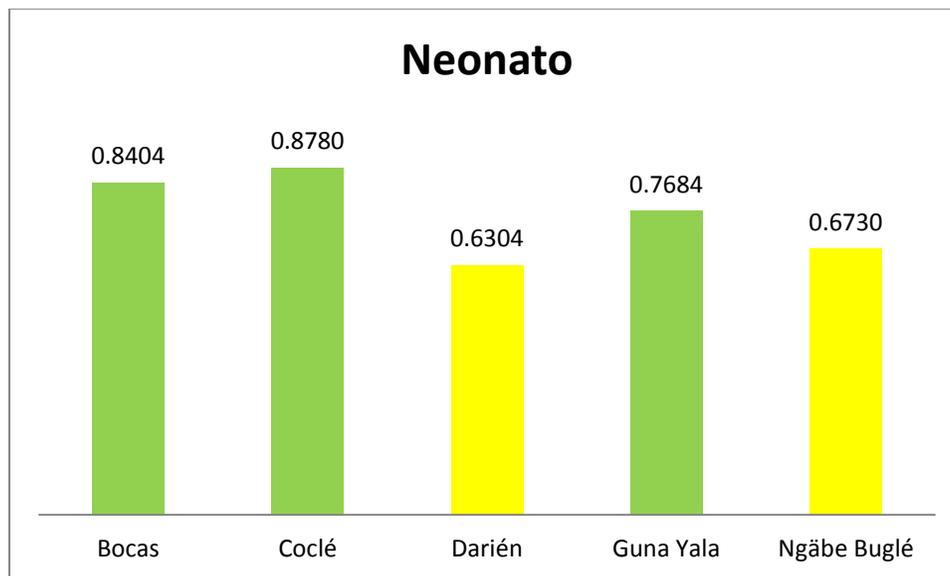
8. Recopilación y presentación de los datos

Se introducen todos los datos obtenidos durante la auditoria de la provisión de servicios de salud a través del Programa Computacional de Captación y Consolidación de la Auditoria de Expediente, versión actualizada. Este programa recopila los datos y los presenta en el informe del **Reporte Final por Grupo Poblacional y por instalación de cada región de salud**. Con este Reporte Final se aplican ponderaciones para el cálculo del Índice Global de Calidad o Índice de Calidad, al cual se le identifica una valoración cuantitativa y cualitativa como se muestra en el siguiente cuadro:

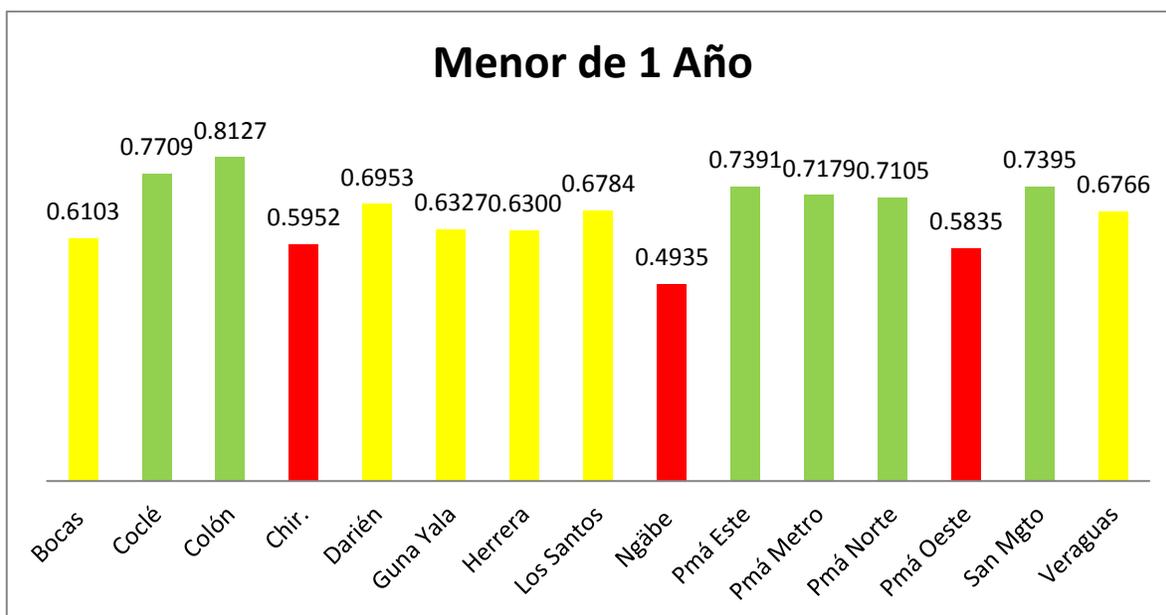
**CUADRO VALORATIVO DEL
INDICE DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

Valoración Cuantitativa	Valoración Cualitativa
1.00-0.91	Excelente Calidad
0.90-0.81	Muy Buena Calidad
0.80-0.71	Buena Calidad
0.70-0.61	Limitada Calidad
0.60-0.51	Mínima Calidad
0.50-0.41	Escasa Calidad
0.40 Y Menos	Deficiente Calidad

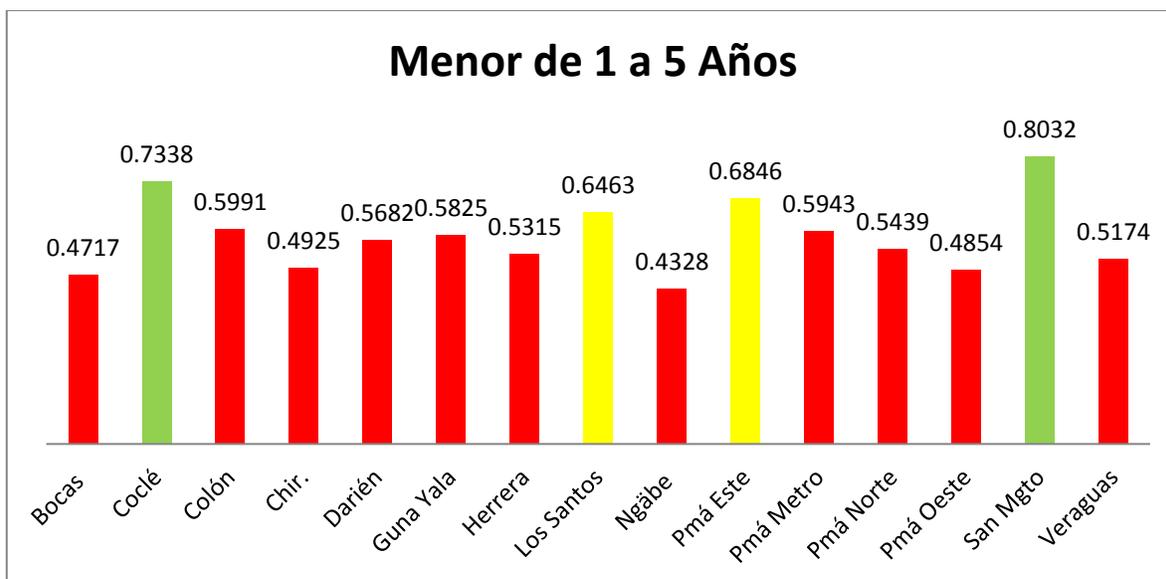
V. RESULTADOS Y GRÁFICAS



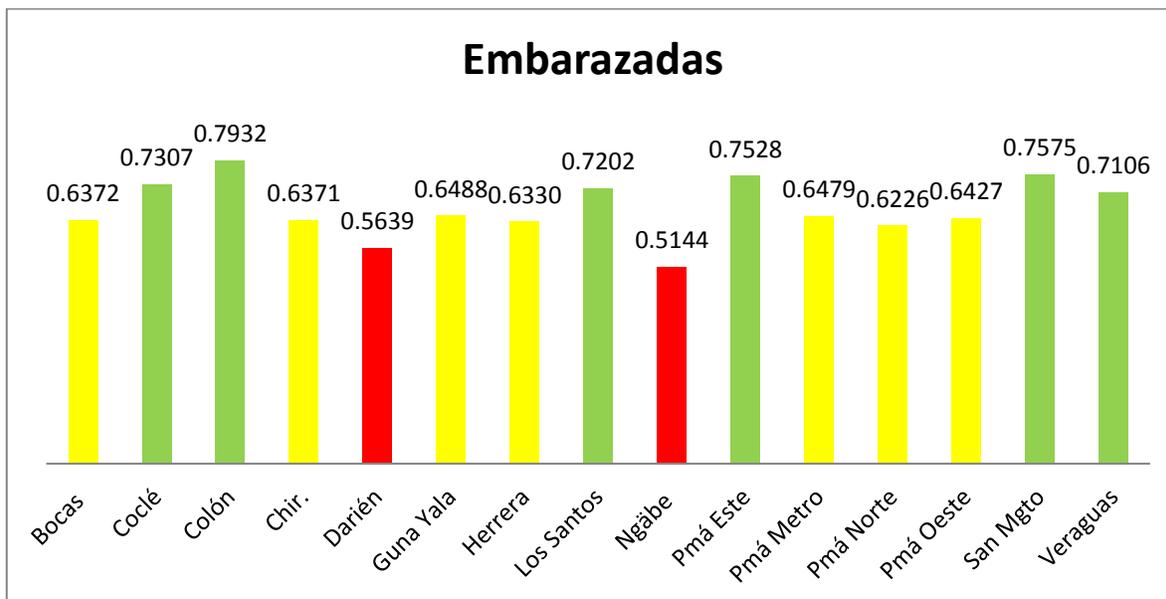
Aquí se presentan las regiones que deben reportar la atención de los neonatos por atender partos institucionales. Lo que afecta en la atención del neonato es el no registrar la dirección completa, la administración de vitamina k y la realización de la profilaxis oftálmica, además de la no realización de la evaluación auditiva y visual, como también, la no evaluación física del neonato a las 24 horas..



En el menor de 1 año el índice de calidad se ve afectado por: la dirección completa la cual no está descrita adecuadamente, la anotación del peso al nacer no está registrado, la medición de perímetro cefálico en cada consulta no se realiza, la baja concentración de los controles, la no realización de la evaluación del perfil psicomotor, la no realización de los laboratorios y la no realización de la evaluación nutricional, ni la de trabajo social, la educación individual directa no se brinda y hay pocos controles de odontología, no se realiza la vigilancia de la violencia doméstica. La vacunación se mantiene en buena calidad en este grupo.

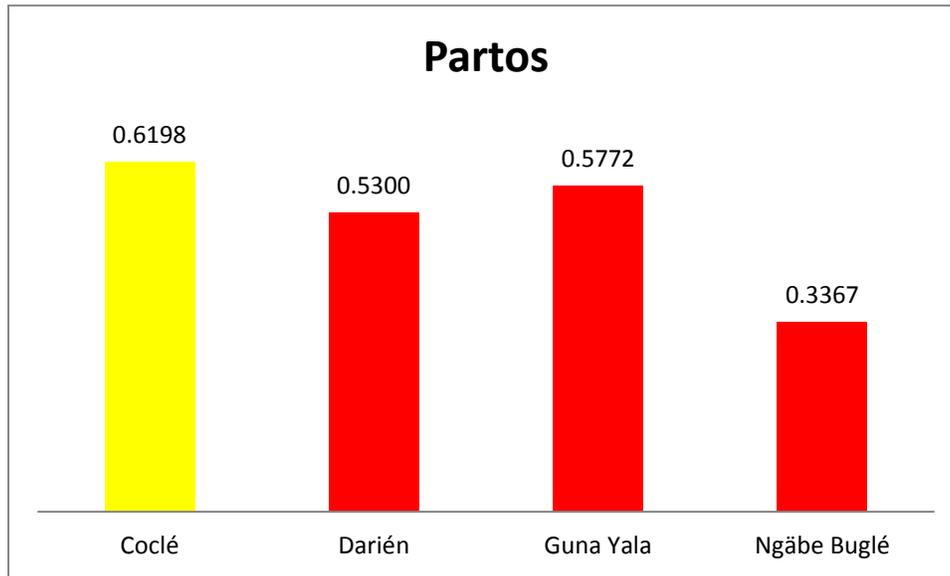


En el grupo del menor de 1 a 5 años se afecta el índice por la baja captación temprana y mínima concentración de consultas, no se realizan las siguientes actividades, la evaluación del crecimiento y desarrollo, el monitoreo del estado nutricional, la evaluación biopsicosocial, la realización de los laboratorios, la educación para la salud, ni la atención odontológica, no se realiza la indicación de hierro preventivo, ni el tratamiento antiparasitario profiláctico, ni la vigilancia de la violencia intrafamiliar. La vacunación se mantiene en buena calidad en la mayoría de las regiones.



En las regiones el índice se afectó por no realizar las siguientes actividades:

En la evaluación física general no se realiza la evaluación adecuada de la altura uterina; en el monitoreo del estado nutricional no se realiza la evaluación adecuada de la ganancia de peso, como tampoco la prescripción de hierro y ácido fólico; en la evaluación de la salud de la mujer no se registra el resultado de la citología cervical vigente así como tampoco, el examen de mamas; no se realizan los laboratorios normados; no se brinda la educación para la salud, la vacunación adecuada a la embarazada no se cumple como está normado; no se realiza el control odontológico; la vigilancia de la embarazada menor de 19 años y el embarazo de alto riesgo no se evalúan como está normado; no se realiza la vigilancia de la violencia intrafamiliar y/o doméstica.



El índice se ve afectado por no realizar las siguientes actividades:

En la admisión y atención a la labor de parto, no se realiza la evaluación inicial a todas las parturientas, no se utiliza el partograma, no se registra la frecuencia cardíaca fetal ni la valoración de la dilatación cervical como indica la norma; la atención en el período expulsivo, no se realiza la revisión por desgarros; en la expulsión activa de la placenta, no se consigna el manejo activo del tercer período del parto; en la atención del puerperio no se registra la evaluación física de todas las puérperas a las 2 y 24 horas y la vacunación no está completa; la vigilancia de la mortalidad materna no se realiza en todos los casos.

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LOS HOSPITALES

AÑO 2016									
	HST	H del N	HNAS	HAT	HCAC	HAM	HJPFS	HLChF	HJDDO
Datos Generales	89.44	91.75	90.50	89.87	81.25	83.98	83.46	78.06	90.44
Datos de Hospitalización	94.52	98.01	75.84	85.00	82.95	69.86	63.45	75.58	96.02
Estudio Clínico	94.61	93.86	79.47	81.69	93.78	92.90	84.79	72.74	95.28
MR Clínicos del Médico	65.44	71.63	96.28	69.44	89.65	82.25	77.71	75.99	63.70
MR Clínicos de Enfermería	68.98	64.98	70.98	63.67	77.45	72.84	70.80	66.29	72.93
Tratamientos	77.05	77.37	86.01	74.19	83.39	73.49	65.78	63.65	80.51
Resumen Clínico	52.00	50.85	44.49	28.45	63.00	32.63	42.78	45.65	42.68
Presentación del expediente	44.97	53.79	48.75	39.64	55.80	46.84	40.29	48.58	53.96
Egresos Quirúrgicos	82.92	71.47	77.16	41.76	68.63	NA	69.74	65.02	74.78
Notificación Obligatoria	36.18	0	44.94	14.93	17.00	0	33.42	33.40	38.85
Egreso de Salud Mental	66.79	NA	50.29	16.90	NA	18.10	NA	12.72	35.28
Egreso de Obstetricia	52.36	NA	75.67	00.09	80.63	NA	41.37	40.67	77.64
Muerte Hospitalaria	28.55	NA	0	24.41	0	0	0.13	25.08	56.91

El manejo de los registros clínicos de enfermería se ve afectado por las notas de la enfermería, **pues no** está registrada la información con letra ilegible, **se observó** el uso de símbolos **y** el uso de correctores;

en el **resumen clínico**, **no presentan** la copia del formulario de referencia y contra referencia;

en la **presentación de la historia clínica**, no están **completos** los formularios de la historia clínica, **ni presentan** el orden adecuado, la información **no está registrada** con letra legible, **utilizan abreviaturas y símbolos** en los registros de la historia clínica, está registrada la información con tinta, hay evidencia que **han** utilizado borradores y/o sustancias para cubrir errores, hay evidencias de tachones, **no** consta al final de cada orden médica, el nombre, el número de registro o código **ni** firma del profesional médico que genera la información, **tampoco** consta al final de cada nota de evolución, el nombre, número de registro o código y firma del profesional médico que genera la información;

en el **egreso quirúrgico** **no** consta el consentimiento informado **completamente llenado ni** la evaluación pre-anestésica;

en la **notificación obligatoria**, **no hay** copia del formulario de notificación e investigación de problemas de salud pública **ni** de factores de riesgo al problema de salud;

en el **egreso obstétrico**, la presencia del partograma **está ausente**;

en **muerte hospitalaria**, **no se muestra la** autorización o rechazo para la realización de la necropsia **ni la constancia** del informe de la necropsia.

Llama la atención que en **todos** los hospitales auditados el **resumen clínico y la presentación de la historia clínica** presentaron los más bajos porcentajes, no superando el 56% de cumplimiento y en lo referente a la **notificación obligatoria** los porcentajes no superaron el 60%.

VI. CUADROS COMPARATIVOS ANUALES POR REGIONES DE SALUD

En los cuadros las cifras en rojo nos indican lo que está por debajo de limitada calidad, donde se marca M/C es la región que presenta en ese grupo mala captura de la información y S/R no se presenta reporte alguno por no haber captura. **Las Regiones de Coclé, San Miguelito, Los Santos y Panamá Este** mostraron los mejores índices de los resultados de auditoría del año 2016

Bocas del Toro

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Neonato	0	0.7229	0.7949	0.9681	0.8911	0.8404
Menor de 1 año	0.4553	0.5567	0.4759	0.5385	0.6134	0.6103
Niño de 1 a 5 años	0.3983	0.5095	0.3546	0.4035	0.4654	0.4719
Adolescentes	0.2694	0.4087	0.3037	0.3545	0.4467	
Embarazadas	0.4039	0.4087	0.6090	0.6062	0.6851	0.6372
Parto	0	0	0	0	SR	
Adulto	0.5422	0.4607	0.3751	0.3840	0.5884	
Adulto con Crónicas	0.3308	0.3193	0	0.6462	0.3149	
	0.3011	0.1909	0	0.2382	0.3817	
	0.3442	0.3129	0	0	0.4548	
Trabajadoras del Sexo	0	0.5151	0.4235	0.4278	0.3882	
Tuberculosis Exp.	0.5048	0.5353	0.4996	0.5325	0.5599	
Tuberculosis Tarj.	0.6932	0.7229	0.5829	0.7137	0.7593	

Coclé

	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.9497	0.9511	0.8808	0	0.7392	0.8780
Menor de 1 año	0.7570	0.7814	0.7934	0.8066	0.7141	0.7709
Niño de 1 a 5 años	0.6770	0.7083	0.7576	0.6558	0.7443	0.7338
Adolescentes	0.6818	0.6742	0.6345	0.6849	0.6778	
Embarazadas	0.7533	0.7613	0.7844	0.7714	0.7143	0.7307
Parto	0.5377	0.6411	0.5335	0.4289	0.5096	0.6198
Adulto	0.6496	0.6701	0.6911	0.6893	0.7365	
Adulto con Crónicas	0.5496	0.5756	0.5831	0	0.3545	
	0.4948	0.5123	0.5875	0	0.6516	
	0.5439	0.5656	0	0	0.5383	
Trabajadoras del Sexo	0.6396	0.7527	0.7681	0.8233	0.8796	
Tuberculosis Exp.	0.5849	0.7627	0.5729	0.5774	0.6819	
Tuberculosis Tarj.	0.5714	0.7059	0.4917	0.8207	0.7147	

Colón

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0	0	0	0	N/A	
Menor de 1 año	0.6357	0.5500	0.6888	0.7409	0.7006	0.8127
Niño de 1 a 5 años	0.3273	0.6600	0.5157	0.5252	0.6147	0.5991
Adolescentes	0.4680	0.4400	0.4650	0.5637	0.5390	
Embarazadas	0.6145	0.6000	0.5722	0.7044	0.6630	0.7932
Parto	0	0.0000	0	0	N/A	
Adulto	0.2608	0.4100	0.6006	0.5410	0.6162	
Adulto con Crónicas		0.3583	0.3900	0.3854	0	0.5524
		0.1729	0.3662	0.1248	0	M/C
		0.221	0.3037	0.5496	0	M/C
Trabajadoras del Sexo	0.5911	0.2300	0	0.3677	S/R	
Tuberculosis Exp.	0.6808	0.9000	0.8199	0.9031	0.7236	
Tuberculosis Tarj.	0.9112	0.9000	0.8347	0.9288	S/R	

Chiriquí

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.6855	0	0	0	N/A	
Menor de 1 año	0.4801	0.6401	0.5296	0.5637	0.5802	0.5952
Niño de 1 a 5 años	0.3783	0.5583	0.3376	0.3830	0.3304	0.4925
Adolescentes	0.3762	0.5308	0.4467	0.4410	0.4772	
Embarazadas	0.5109	0.6014	0.5474	0.5754	0.6415	0.6371
Parto	-----	0	0	0	N/A	
Adulto	0.4223	0.4641	0.3710	0.3958	0.4645	
Adulto con Crónicas		0.4626	0.7656	0.3671	0	0.5251
		0.5057	0.6487	0	0	M/C
		0.4554	0	0	0	M/C
Trabajadoras del Sexo	0.5834	0.8518	0.6821	0.5492	0.6931	
Tuberculosis Exp.	0.5774	0.8411	0	0.3840	0.5379	
Tuberculosis Tarj.	0.7634	0.8027	0.6348	0	0.5406	

Darién

<i>Programa</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.5800	0.8881	0.6883	0.6506	0.6304
Menor de 1 año	0.4700	0.5873	0.6522	0.6077	0.6953
Niño de 1 a 5 años	0.3200	0.4863	0.5205	0.5450	0.5682
Adolescentes	0.2800	0.3817	0.3936	0.3828	
Embarazadas	0.3900	0.5454	0.5750	0.4985	0.5639
Parto	0.3800	0	0.5709	0.4662	0.5300
Adulto	0.2900	0.3502	0.3124	0.4345	
Adulto con Crónicas	HTA	0.2400	0.4750	0	0.3721
	DM	0.1300	0.4935	0	M/C
	HTA/DM	0.3000	0.4668	0	M/C
Trabajadoras del Sexo	0.0000	0	0	N/A	
Tuberculosis Exp.	0.9100	0.6444	0.4009	0.4410	
Tuberculosis Tarj.	0.9200	0.4804	0	0.8186	

Guna Yala

<i>Programa</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.7780	0.8722	0.6750	0.7125	0.7684
Menor de 1 año	0.6234	0.6577	0.6683	0.5944	0.6327
Niño de 1 a 5 años	0.7067	0.5749	0.5696	0.5571	0.5825
Adolescentes	0.6155	0.5733	0.6069	0.5013	
Embarazadas	0.6845	0	0.6723	0.6427	0.6488
Parto	0.6158	0.6410	0.5654	0.5224	0.5772
Adulto	0.5758	0.5527	0.5792	0.6151	
Adulto con Crónicas		0.4711	0.4124	0	0.3157
		0.4803	0.4114	0	0.3266
		0.4263	0	0	0.2544
Trabajadoras del Sexo	0	0	0	N/A	
Tuberculosis Exp.	0.6301	0.4257	0.6619	0.4813	
Tuberculosis Tarj.	0.8079	0	0.8972	0.5713	

Herrera

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	-----	0	0	0	0	
Menor de 1 año	0.5776	0.663	0.7551	0.5529	0.5327	0.6300
Niño de 1 a 5 años	0.5886	0.6246	0.6737	0.4811	0.4851	0.5315
Adolescentes	0.6516	0.5914	0.6822	0.5532	0.5277	
Embarazadas	0.6908	0.7895	0.7710	0.6946	0.6558	0.6330
Parto	-----	0	0	0	0	
Adulto	0.6123	0.5534	0.6254	0.5846	0.5949	
Adulto con Crónicas	0	0.5916	0.5692	0	0.5018	
	0	0.6856	0	0	0	
	0	0.6768	0	0	0	
Trabajadoras del Sexo	0.7439	0.9273	0.8478	0.8170	0	
Tuberculosis Exp.	0.6791	0.7360	0.8880	0.4979	0	
Tuberculosis Tarj.	0.8105	0.8105	0	0.6615	0	

Los Santos

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.8874	0.9038	0.8974	0.4853	0	
Menor de 1 año	0.4441	0.4812	0.5754	0.5423	0.5494	0.6784
Niño de 1 a 5 años	0.4157	0.4802	0.4804	0.5214	0.5432	0.6463
Adolescentes	0.4556	0.5735	0	0.5987	0.6240	
Embarazadas	0.5665	0.6430	0	0.7238	0.7530	0.7202
Parto	0	0	0	0	0	
Adulto	0.3873	0.6430	0.6339	0.6300	0.7180	
Adulto con Crónicas	0	0	0.6050	0	0.5939	
	0	0	0.6084	0	0.5846	
	0	0	0.5659	0	0.5807	
Trabajadoras del Sexo	0.6248	0.7179	0.7009	0.5801	0	
Tuberculosis Exp.	6849	0.7936	0.7467	0.8000	0	
Tuberculosis Tarj.	-----	0	0.5882	0.6471	0.4535	

NgäbeBuglé

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.6473	0.7206	0.7359	0.5665	0.6420	0.6730
Menor de 1 año	0.4758	0.4324	0.4151	0.4158	0.4287	0.4935
Niño de 1 a 5 años	0.4243	0.3625	0.3715	0.4763	0.3661	0.4328
Adolescentes	0.3791	0.3029	0.3411	0.3000	0.4465	
Embarazadas	0.4940	0.4937	0.4990	0.4507	0.4702	0.3367
Parto	-----	0.5766	0.4579	0.2646	0.3134	0.5144
Adulto	0.3896	0.3329	0.3607	0.3023	0.5507	
Adulto con Crónicas		0.1797	0.5719	0.3590	0	0.2584
		0.3568	0.1451	0.2414	0	0.2753
		0.2637	0	0.2938	0	0.2911
Trabajadoras del Sexo	0	0	0	0	N/A	
Tuberculosis Exp.	0.5859	0.6640	0.5508	0.5803	S/R	
Tuberculosis Tarj.	0.6373	0.6256	0.5229	0.7294	S/R	

Panamá Este

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0	0	0	0	N/A	
Menor de 1 año	0.4785	0.4625	0.5201	0.6072	0.6775	0.7391
Niño de 1 a 5 años	0.3901	0.3400	0.4130	0.5789	0.6387	0.6846
Adolescentes	0.4747	0.3154	0	0.5490	0.6116	
Embarazadas	0.5157	0.5880	0.5732	0.5538	0.6390	0.7528
Parto	-----	0	0	0	N/A	
Adulto	0.4973	0.2953	0.5221	0.5531	0.6180	
Adulto con Crónicas		0	0.3412	0.4511	0	0.5106
		0	0.0968	0.2776	0	0.4990
		0	0.1431	0.4564	0	0.4726
Trabajadoras del Sexo	-----	0	0	0	0.5078	
Tuberculosis Exp.	0.2960	0.6228	0.6780	0.6652	0.6818	
Tuberculosis Tarj.	0.5999	0.7700	0.6569	0.7647	N/A	

Panamá Metro

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.8814	0	0	0	N/A	
Menor de 1 año	0.7411	0.6400	0.6854	0.7033	0.8208	0.7179
Niño de 1 a 5 años	0.5292	0.6700	0.5442	0.3679	0.7361	0.5943
Adolescentes	0.4555	0.4900	0.4443	0.3428	S/R	
Embarazadas	0.6810	0.7800	0.7506	0.6542	0.7223	0.6479
Parto	0.4851	0	0	0	N/A	
Adulto	0.5486	0.6000	0.5357	0.4629	0.7028	
Adulto con Crónicas		0.4054	0.6500	0.3102	0	0.4328
		0.3781	0.3800	0.4574	0	0.3772
		0.3842	0.0000	0.4691	0	0.4128
Trabajadoras del Sexo	0.6206	0.8000	0.5895	0.5002	S/R	
Tuberculosis Exp.	0.6254	0.8700	0.7014	0.6087	S/R	
Tuberculosis Tarj.	0.8009	0.7400	0.7526	0.8420	0.6732	

Panamá Norte

<i>Programa</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>			
Recién Nacido	0	N/A				
Menor de 1 año	0.7089	0.5649	0.7105			
Niño de 1 a 5 años	0.5320	0.5201	0.5439			
Adolescentes	0.4421	0.5000				
Embarazadas	0.6764	0.6615	0.6226			
Parto	0	N/A				
Adulto	0.4091	0.4931				
Adulto con Crónicas	HTA	0	0.2689			
	DM	0	0.4500			
	HTA/DM	0	0.4935			
Trabajadoras del Sexo	0	N/A				
Tuberculosis Exp.	0.5640	0.5866				
Tuberculosis Tarj.	0.7493	0.4825				

Panamá Oeste

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	-----	0	0.9636	0	N/A	
Menor de 1 año	0.5836	0.603	0.4016	0.4686	0.4075	0.5835
Niño de 1 a 5 años	0.4549	0.513	0.3325	0.3946	0.4753	0.4854
Adolescentes	0.4963	0.5086	0.4982	0.4454	0.4912	
Embarazadas	0.6338	0.6654	0.6118	0.6233	S/R	0.6427
Parto	-----	0	0	0	N/A	
Adulto	0.4885	0.5098	0.5195	0.4806	0.6141	
Adulto con Crónicas	0.5538	0.3898	0.3951	0	0.2702	
	0.4593	0.4105	0.2842	0	0.0991	
	0.4906	0.3972	0.3570	0	0.3419	
Trabajadoras del Sexo	0.4972	0.544	0.5096	0.3809	0.5932	
Tuberculosis Exp.	0.6562	0.6259	0.5487	0.5463	0.5407	
Tuberculosis Tarj.	0.7361	0.8156	0.8635	0.7650	0.8020	

San Miguelito

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>Año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0	0	0	0	N/A	
Menor de 1 año	0.6733	0.7917	0.7140	0.7323	0.7425	0.7395
Niño de 1 a 5 años	0.6289	0.7117	0.5438	0.6051	0.5974	0.8032
Adolescentes	0.4743	0.3988	0	0.4977	0.3740	
Embarazadas	0.7503	0.7539	0.6789	0.6864	0.7003	0.7575
Parto	0	0	0	0	N/A	
Adulto	0.3575	0.5023	0.5428	0.5026	0.4452	
Adulto con Crónicas	0.6473	0.6405	0.5090	0	0.4255	
	0.4984	0.5616	0	0	0.4608	
	0	0	0.5765	0	0.4713	
Trabajadoras del Sexo	0	0	0	0	N/A	
Tuberculosis Exp.	0.8279	0.8321	0.7145	0.5846	0.6650	
Tuberculosis Tarj.	0.8775	0.7800	0.6536	0.6891	0.7090	

Veraguas

<i>Programa</i>	<i>Año 2011</i>	<i>Año 2012</i>	<i>Año 2013</i>	<i>año 2014</i>	<i>Año 2015</i>	<i>Año 2016</i>
Recién Nacido	0.9861	0	0.9845	0.7559	0.8336	
Menor de 1 año	0.5894	0.5151	0.5404	0.6329	0.6365	0.6766
Niño de 1 a 5 años	0.5275	0.4658	0.4965	0.5454	0.5029	0.5174
Adolescentes	0.4891	0.4315	0	0.5307	0.5430	
Embarazadas	0.6424	0.6133	0.6885	0.6897	0.7172	0.7106
Parto	0.5183	0	0	0.5009	0.4743	
Adulto	0.4611	0.4297	0.5098	0.5001	0.6405	
Adulto con Crónicas		0.5028	0.3978	0.4772	0	0.4605
		0.5700	0.2945	0.3813	0	0.4812
		0.5743	0.4045	0	0	0.4256
Trabajadoras del Sexo	0.6112	0	0.6485	0.6279	0.6944	
Tuberculosis Exp.	0.5671	0.3200	0.6001	0.6566	0.6811	
Tuberculosis Tarj.	0.8105	0.9085	0.6803	0.7425	0.7153	

VII. CONCLUSIONES

Red Primaria

Historia Clínica se convierte en un medio probatorio a la hora de definir responsabilidades civiles, penales, administrativas o éticas, debemos impulsar un proceso de sensibilización para que ésta se convierta en una valiosa herramienta para las instituciones y los profesionales de la salud.

En el proceso de auditoría de la red primaria se tuvo participación de las 15 regiones de salud obteniendo las siguientes conclusiones.

- No se cuenta con el respaldo a la actividad por parte de algunos directores regionales o directores de instalación.
- En el proceso de auditorías hay poco compromiso por parte de algunos profesionales de la salud, que no tienen claro la importancia de la realización de las mismas en la mejora de la calidad de la atención.
- El déficit de recurso humano en algunos de los servicios de salud, dificultan la atención integral de los pacientes, en especial,
- los que presentan algún tipo de riesgo (ginecólogo, trabajo social, salud mental, tecnólogos).
- En algunos casos no se utilizan los formularios normados por el MINSA para cada programa.
- Existe pérdida de oportunidad para llevar a cabo varias de las actividades de control y prevención (PAP, Examen de Mamas, Controles de Crecimiento y Desarrollo, Control Odontológico, Educación en Salud).
- Se presenta deficiencia en el llenado oportuno y completo de la historia clínica (examen físico incompleto o sin realizar, sin investigación de los factores de riesgo, sin investigación de los antecedentes familiares, personales patológicos o no patológicos, inadecuado registro de las orientaciones brindadas en la historia clínica, no se realiza la evaluación del índice de masa corporal, sin las referencias respectivas a otros profesionales o servicios).
- Se presenta letra ilegible en la información registrada en la historia clínica en un porcentaje significativo, al igual que el uso de símbolos, siglas y abreviaturas.
- Existe desconocimiento o falta de cumplimiento de las normas de atención de todos los grupos etarios.
- Existe sub-registro de las actividades realizadas en las distintas disciplinas.

Hospitales

En el proceso de auditoría de los hospitales participaron 9 de los 9 programados. Se tienen como conclusiones las siguientes:

- Los expedientes de los hospitales no cuentan con todos los formularios normados y en algunos casos se encuentran formularios que no están normados, es decir, creados en algunos servicios o departamentos.
- Las historias clínicas están sin realizar o incompletas en su llenado.
- No se realizan las notas de evolución respectiva o no se coloca la fecha y hora de realización de la misma.
- No se consigna en las notas de evolución ni en las órdenes médicas el responsable que genera la misma.
- Se observa en la información registrada por los responsables letra ilegible, también tachones, símbolos y uso de abreviaturas.
- No se está realizando el llenado del consentimiento informado como está indicado en la norma o la Ley 68.
- No se registra la firma del profesional médico que brinda la información al paciente del mismo consentimiento, en caso de encontrarse registro en el mismo.
- No se está utilizando el formato de evaluación pre-anestésica
- No se está utilizando el formulario del partograma en la mayoría de los hospitales.
- No se está realizando el resumen clínico de hospitalización o epicrisis.
- No se realiza el llenado del formulario de referencia y contra referencia (SURCO).

VIII. RECOMENDACIONES

Compromiso por parte de los funcionarios de las distintas entidades de red primaria y hospitales, desde el director regional, directores médicos, director de hospitales, jefes de servicios y/o departamentos y todos los profesionales de la salud en apoyar irrestrictamente el desarrollo, evaluación e implementación de la auditoría y los planes de acción con la finalidad de buscar la mejora continua de la calidad de atención necesarios.

Compromiso por parte de los responsables en dotar de los insumos y materiales necesarios para brindar la atención.

Insistir ante los responsables de cada dependencia de red primaria y hospitales en la vigilancia del cumplimiento en la realización de la historia clínica completa y oportunamente.

Realizar los correctivos necesarios en conjunto con todos los profesionales y técnicos que brindan atención en base a los resultados de la auditoría.

Recomendar a la comisión nacional de expediente clínico la revisión y actualización de todos los formularios que integran los expedientes de red primaria y de hospitales para unificar el mismo y así, evitar que se creen formularios que no tengan finalidad en las distintas áreas.

Divulgar las normas o la actualización de las mismas a todo el personal.

Garantizar que todo el personal esté en conocimiento de las normas de atención en todas las instalaciones mediante un monitoreo de los responsables a nivel regional de cada programa.

Instalar un programa de inducción a todo el personal que ingrese en el sistema.

Garantizar la divulgación a nivel de todas las instalaciones y de todo el personal de la Ley 68 y la reglamentación de la misma, para que estén en conocimiento de las violaciones que se cometen al no cumplir con las normas de los programas y del uso adecuado de los formularios.

Continuar las evaluaciones en conjunto con los coordinadores de programas DIGESA-DPSS.

Que el software de captura de información sea más amigable y el mismo tenga la información de manera oportuna para poder realizar los análisis respectivos.

IX. ANEXOS:

PROCESOS Y CRITERIOS POR GRUPO DE ESTUDIO EN LA AUDITORÍA DE EXPEDIENTES REALIZADA EN LAS REGIONES

1. NEONATO:

DISPONIBILIDAD DE DATOS GENERALES

- Expedientes clínicos con número de identificación
- Registro de Nombre y Apellido
- Registro de la Dirección Completa
- Sexo
- Registro de Fecha de Nacimiento

TRATAMIENTO Y PROFILAXIS

- Aplicación de profilaxis oftálmica
- Administración de Vitamina K

VACUNACIÓN ADECUADA, SEGÚN LA NORMA

- Administración de vacuna BCG
- Administración de vacuna de Hepatitis B

EVALUACIÓN FÍSICA GENERAL DE SALUD

- Registro de APGAR al minuto y a los 5 minutos
- Evaluación Física del Recién Nacido a las 24 Horas.
- Registro de Evaluación Auditiva
- Registro de Evaluación Ocular

2. MENORES DE 1 AÑO:

DISPONIBILIDAD DE DATOS GENERALES

- Expedientes clínicos con número de identificación
- Registro de Nombre y Apellido
- Registro de la Dirección Completa
- Registro de Fecha de Nacimiento

CAPTACIÓN TEMPRANA Y CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

- Se atendió durante los primeros 15 días de vida
- Recibió cinco consultas de Crecimiento y Desarrollo en el Primer Año de Vida

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- Anotación del Peso al Nacer
- Medición del Perímetro Cefálico en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida

- Registro de Evaluación Ocular en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Motora Gruesa en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Motora Fina en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Cognitiva en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área del Lenguaje en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Social Afectiva en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Hábitos de Salud y Nutrición en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Registro al menos de 5 Puntos en la Curva de Crecimiento (Peso/Edad, Longitud/Edad, IMC) durante el Primer Año de Vida
- Registro de Control por Trabajo Social en el Primer Año de Vida

MONITOREO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

- Evaluación del Estado Nutricional durante el Primer Año de Vida
- Referencia al Programa de Alimentación Complementaria a Todo Niño con Desnutrición Moderada o Severa en el período evaluado
- Indicación de Hierro Elemental a dosis preventiva después del Cuarto mes en el periodo evaluado

REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO, SEGÚN VIGILANCIA DEL RIESGO

- Resultados de Hemoglobina y Hematocrito durante el Primer Año de Vida
- Resultado de Urinálisis durante el primer año de vida
- Resultado de Examen de Heces Generales durante el primer año de vida
- Resultado de Solubilidad de Hemoglobina durante el primer año de vida
- Resultado de Tamizaje Neonatal durante el primer mes de vida

VACUNACIÓN ADECUADA, SEGÚN LA NORMA

- Estado de Vacunación, en el Expediente
- Vacunación Completa para la Edad, según Norma

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INDIVIDUAL DIRECTA

- Recibió la madre, algún tipo de Educación en Salud, durante el primer año de vida del menor
- Recibió Lactancia Materna Exclusiva hasta los 4 meses
- Recibió Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses

CONTROL ODONTOLÓGICO

- Registro de Control Odontológico antes de Cumplir un año

ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFECCION RESPIRATORIA AGUDA

- Investigación en cada consulta de los Síntomas de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Exploración de Oído, Nariz y Garganta en cada Consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el período evaluado
- Medición de la frecuencia respiratoria en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Exploración Torácica (tiraje) en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Auscultación pulmonar en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Recibió Educación para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, en cada consulta en el período evaluado
- Anotación del Tratamiento prescrito en cada consulta de la Infección Respiratoria Aguda, en el período evaluado

ATENCIÓN INTEGRAL A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

- Investigación de Síntomas de la Enfermedad Diarreica Aguda en cada consulta, del período evaluado
- Registrada la duración de la Diarrea en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda
- Investigación de sangre en Heces, en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, en el período evaluado
- Prescripción de Sales de Rehidratación Oral en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, en el período evaluado

ATENCIÓN DEL NIÑO CON SOSPECHA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O INTRAFAMILIAR

- Corresponde a todo niño con sospecha de violencia doméstica y/o intrafamiliar

3. NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

DISPONIBILIDAD DE DATOS GENERALES

- Expedientes clínicos con número de identificación
- Registro de Nombre y Apellido
- Registro de la Dirección Completa
- Registro de Fecha de Nacimiento

CAPTACIÓN TEMPRANA Y CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

- Recibió (2) Controles de Crecimiento y Desarrollo en el período evaluado

EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- Una (1) Medición del perímetro cefálico a todo menor de 3 años durante el período evaluado
- Evaluación del Área Motora Gruesa en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Motora Fina en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Cognitiva en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área del Lenguaje en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Social Afectiva en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Evaluación del Área Hábitos de Salud y Nutrición en cada Consulta de Crecimiento y Desarrollo durante el Primer Año de Vida
- Prueba Auditiva Indirecta a todo niño de 3 años y más, en el período evaluado
- Prueba de agudeza visual a todo niño de 3 años y más, en el período evaluado
- Registro de 2 puntos en las curvas de Crecimiento (Peso/Edad, Longitud /Edad, IMC) en el período evaluado
- Registro de Control por Trabajo Social en el Período valuado

MONITOREO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

- Evaluación del Estado Nutricional durante el período evaluado
- Referencia al Programa de Alimentación Complementaria a Todo Niño con Desnutrición Moderada o Severa en el período evaluado
- Indicación de Hierro Elemental a dosis preventiva después del Cuarto mes en el periodo evaluado.
- Indicación de tratamiento antiparasitario profiláctico.

REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO, SEGÚN VIGILANCIA DEL RIESGO

- Resultados de Hemoglobina y Hematocrito

VACUNACIÓN ADECUADA, SEGÚN LA NORMA

- Estado de Vacunación, en el Expediente
- Estado de Vacunación Completa para la Edad, según Norma en el período evaluado

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INDIVIDUAL DIRECTA

- Recibió la madre, algún tipo de Educación en Salud, en las Consultas de Crecimiento y Desarrollo durante el periodo evaluado

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

- Recibió control odontológico en el período evaluado
- Realización de Profilaxis dental a los niños/as de 2 años y más, en el período evaluado
- Aplicación Tópica de Flúor a niños/as de 2 años y más, en el período evaluado

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA A LAS ENFERMEDADES EXANTEMÁTICAS

- Realización de vigilancia epidemiológica, en el período evaluado
- Evaluación Control Perifocal

ATENCIÓN DEL NIÑO CON SOSPECHA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O INTRAFAMILIAR

- Corresponde a todo niño con sospecha de violencia doméstica y/o intrafamiliar

ATENCIÓN INTEGRAL A LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

- Investigación en cada consulta de los Síntomas de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Exploración de Oído, Nariz y Garganta en cada Consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el período evaluado
- Medición de la frecuencia respiratoria en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Exploración Torácica (tiraje) en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Auscultación pulmonar en cada consulta de Infección Respiratoria Aguda, en el periodo evaluado
- Recibió Educación para el Control de la Infección Respiratoria Aguda, en cada consulta en el período evaluado
- Anotación del Tratamiento prescrito en cada consulta de la Infección Respiratoria Aguda, en el período evaluado

ATENCIÓN INTEGRAL A LA ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

- Investigación de los síntomas de Enfermedad Diarreica Aguda, en cada consulta en el período evaluado
- Investigación de la duración de la Enfermedad Diarreica Aguda en cada consulta, del período evaluado

- Investigación de sangre en Heces, en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, del período evaluado
- Recibió Educación para el Control de la Enfermedad Diarreica Aguda, en cada consulta, en el período evaluado
- Evaluación del grado de hidratación en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, en el período evaluado
- Anotación del Tratamiento prescrito en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, en el período evaluado
- Prescripción de Sales de Rehidratación Oral en cada consulta de Enfermedad Diarreica Aguda, en el período evaluado

4. CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS EMBARAZADA

DISPONIBILIDAD DE DATOS GENERALES

- Expedientes clínicos con número de identificación
- Registro de Nombre y Apellido
- Registro de la Dirección Completa
- Registro de Fecha de Nacimiento

CAPTACIÓN TEMPRANA Y CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS

- Primer Control antes de cumplir 20 semanas de embarazo (Captación Oportuna 80%)

EVALUACIÓN FISICA GENERAL DE SALUD

- Registro de toma de Presión Arterial en cada consulta del control pre-natal
- Registro de Peso pre-gestacional (peso anterior)
- Medición de la Talla al inicio del control Pre-natal
- Medición de la Altura Uterina en cada Consulta de Control Pre-natal
- Evaluación adecuada de la altura uterina en cada consulta del control pre-natal

MONITOREO DEL ESTADO NUTRICIONAL Y SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

- Registro del Peso materno en cada consulta del Control Pre-natal
- Evaluación adecuada del incremento del peso materno en cada consulta del Control Pre-natal
- Prescripción de Hierro y Ácido Fólico en el embarazo actual

EVALUACIÓN A LA SALUD DE LA MUJER

- Registro del resultado de Citología Cervical en el período evaluado
- Registro de Examen de mamas en el período evaluado

REALIZACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO, SEGÚN VIGILANCIA DEL RIESGO

- Resultado del Urinalisis con Glucosuria y Proteinuria en cada Trimestre del Embarazo del período evaluado
- Resultado de Tipaje-RH
- Resultado de Solubilidad de Hemoglobina
- Resultados de VDRL en el período evaluado
- Resultados de glicemias en el embarazo actual
- Resultado de Hemoglobina – Hematocrito después de la semana 27 del embarazo actual
- Resultado de la Prueba de VIH en el embarazo del período evaluado
- Resultado de Tamizaje por Toxoplasmosis en el embarazo actual

EDUCACIÓN PARA LA SALUD INDIVIDUAL DIRECTA

- Registro de orientación en Lactancia Exclusiva en el embarazo del período evaluado
- Consejería Pre-prueba para la realización de la Prueba de VIH a la embarazada en el período evaluado
- Consejería Post-prueba de los resultados de la Prueba de VIH a la embarazada en el período evaluado

VACUNACIÓN ADECUADA, SEGÚN LA NORMA

- Vacunación antitetánica adecuada (VAT)
- Vacunación Anti-Rubeola (MR) antes del embarazo actual
- Vacunación contra Influenza en el período evaluado

CONTROL ODONTOLÓGICO

- Registro de Control Odontológico durante el embarazo actual
- Registro de Profilaxis durante el embarazo actual
- Registro de aplicación de Flúor durante el embarazo actual

VIGILANCIA DE LA EMBARAZADA MENOR DE 19 AÑOS

- Registro del Control de Trabajo Social en el embarazo del período evaluado
- Registro de evaluación por Salud Mental en el embarazo del período evaluado

VIGILANCIA AL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

- Evaluación por Gineco-Obstetra a Embarazadas de Alto Riesgo en el período evaluado
- Registro de Control por Trabajo Social a la Embarazada de Alto Riesgo en el período evaluado
- Registro de Evaluación por Salud Mental a la Embarazada de Alto Riesgo en el período evaluado

EMBARAZADA CON SOSPECHA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA O INTRAFAMILIAR

- Corresponde a una embarazada con sospecha de violencia doméstica o intrafamiliar

5. CALIDAD DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

DISPONIBILIDAD DE DATOS GENERALES

- Expedientes clínicos con número de identificación
- Registro de Nombre y Apellido
- Registro de la Dirección Completa
- Registro de Fecha de Nacimiento

ADMISIÓN Y ATENCIÓN A LA LABOR DE PARTO

- Evaluación inicial a la embarazada en labor de parto
- Partograma en el Expediente Clínico
- Valoración de FCF (Frecuencia Cardíaca Fetal) cada 30 minutos
- Valoración de la Dilatación Cervical cada 2 horas

ATENCIÓN EN EL PERIODO EXPULSIVO

- Realización de Episiotomía durante el Parto actual (< 30 %)
- Revisión por presencia o no de desgarros
- Ocurrencia de Desgarro 2^{do} o 3^{er} grado

EXPULSIÓN ACTIVA DE LA PLACENTA

- Manejo activo del Tercer Período del Parto

ATENCIÓN DEL PUERPERIO

- Evaluación Física de la Puérpera a las 2 horas del parto
- Evaluación Física de la Puérpera a las 24 horas del parto

VACUNACIÓN ADECUADA SEGÚN LA NORMA

- Aplicación de Vacuna Anti-Rubeola (MR) a Primigesta o Multigesta en su primer parto institucional o tiene Vacunación previa
- Registro de Vacunación o Vacunación previa con Tdap

6. PROCESOS Y CRITERIOS PARA LA AUDITORIA DE EXPEDIENTES DE HOSPITALES

Datos Generales

- Registro del número de expedientes
- Nombre y Apellidos
- Sexo
- Fecha de Nacimiento
- Edad
- El paciente es asegurado
- Registro de la Dirección Completa
- Datos de la Persona a Notificar en Caso de Urgencia
- Número de Teléfono de la persona a notificar
- Procedencia del caso

Datos de Hospitalización

- Diagnóstico de Admisión
- Diagnóstico de Egreso
- Fecha de Admisión
- Registro del Movimiento del paciente Dentro del Hospital
- Fecha de Egreso
- Nombre y número del Registro Profesional del médico encargado del caso
- Fecha de cierre del egreso

Estudio Clínico

Anamnesis y Examen Físico

- Registro de los Síntomas del padecimiento actual
- Están caracterizados y cuantificados
- Registro de Antecedentes Familiares
- Registro de Antecedentes personales No Patológicos
- Registro de Antecedentes personales Patológicos
- Registro del Examen Físico
- Examen Físico completo
- Examen Físico orientado al padecimiento actual

Diagnósticos

- Registro del Diagnóstico Probable o Presuntivo

Manejo de los Registros Clínicos del Médico

- Notas de Evolución durante la hospitalización
- Nota de Evolución por cada día de hospitalización

- En la Nota de Evolución, anotada en cada una, la fecha y hora del registro
- Realización de todos los Exámenes de Laboratorio
- Realización de todos los Exámenes de Gabinete
- Respuesta de las Interconsultas solicitadas

Manejo de los Registros Clínicos de Enfermería

- Consta la Hoja de Nota de Enfermera
- Consta una Nota de Enfermera por cada turno durante la hospitalización
- Si están las notas de la enfermera, hay al final de cada nota, firma y número de registro
- Consta Hoja de Registro de Medicamentos Vía Oral, Parenteral y Tratamiento
- Están registrados nombre, dosis y vía de administración de los medicamentos prescritos
- Están registrados la fecha y el horario de la administración de los medicamentos prescritos
- Están registradas las iniciales de las enfermeras que han administrado los medicamentos en cada dosis
- Consta Hoja de Gráfico de Temperatura y Signos Vitales
- Están graficados los datos de Temperatura, Pulso y Frecuencia Respiratoria por cada día de hospitalización
- En las Notas de las Enfermeras está registrada la información con letra legible
- En las anotaciones de la Enfermera, hay evidencias de tachones
- Se utilizan abreviaturas en los registros de la historia clínica
- Se utilizan Símbolos en los registros
- Hay evidencia que se ha utilizado borradores o sustancias para cubrir errores

Tratamientos

- Registro del tratamiento Farmacológico prescrito
- Está detallada dosis y vía de administración de todos los medicamentos prescritos
- Consta la duración del tratamiento
- Registro de la Dieta prescrita

Resumen Clínico

- Consta la copia de la Epicrisis o Resumen Clínico
- Copia del Formulario de Referencia y Contra referencia

Presentación de la Historia Clínica

1. Están todos los formularios de la Historia Clínica
2. Presenta el orden adecuado

3. Está registrada la información con letra legible
4. Se utilizan Abreviaturas en los registros de la historia clínica
5. Se utilizan Símbolos
6. Está registrada la información con Tinta
7. Hay evidencia que se ha utilizado borradores y/o sustancias para cubrir errores
8. Hay evidencias de Tachones
9. Consta al final de cada Orden Médica, el nombre, número de Registro o Código y Firma del profesional médico que genera la información
10. Consta al final de cada Nota de Evolución, el nombre, número de Registro o Código y Firma del profesional médico que genera la información

Egreso Quirúrgico

- Consta Hoja de Consentimiento Informado
- Evaluación pre-anestésica
- Informe de Anestesia
- Informe Quirúrgico-Protocolo
- Formulario de Cuenta de Gasas

Vigilancia Epidemiológica

- Es Caso Sospechoso o Probable o Confirmado de Enfermedad de Notificación Obligatoria
- Hay copia del Formulario de Notificación e Investigación de Problemas de Salud Pública
- Consta investigación de Factores de Riesgo al problema de Salud

Egreso de Salud Mental y Psiquiatría

- Consta registrado el examen Mental completo
- Consta el nombre, número de registro y firma del Médico **Psiquiatra**
- Consta Evaluación Psicológica
- Consta informe de Trabajo Social
- Registro del tratamiento Psicoterapéutico y/o Psicoeducativo indicado

Egreso de Obstetricia

- Consta el formulario de Historia Clínica Perinatal Base-Hospitalaria (HCP-B)
- Consta en la Historia Clínica el formulario del Partograma

Muerte Hospitalaria

- Consta copia del Certificado de Defunción
- Consta Autorización o Rechazo para la realización de la Necropsia
- Consta el informe de la Necropsia